Incontinence urinaire :

I. Définition : Perte involontaire des urines en dehors de la miction.

II. Facteurs favorisants :

- Femme : Obésité, multiparité, activité sportive, chirurgie pelvienne
- Homme : Incontinence urinaire et SBAU (Symptômes du bas appareil urinaire).

III. Physiologie :

- La sensation du besoin d'uriner survient progressivement à partir d'un seuil d'environ **150 ml**.
- L'envie maximale = **300 ml (FEMME), 500 ml (HOMME).**
- Les résistances urétrales sont la résultante de 2 systèmes :
  - **Un système ACTIF :** sphincter lisse (le col vésical) + sphincter strié (plus puissant, entourant l'urètre) → Fermés en dehors de la miction.
  - **Un système PASSIF :** l'ensemble des forces physiques gênant l'écoulement de l'urine (longueur urétrale, hypertrophie prostatique, sténose acquise) →PLUS FAIBLE CHEZ LA FEMME.
- **Contrôle neurologique complexe :**
  - Système sympathique et somatique : support de la continence
  - Système para sympathique : moteur de la miction.

IV. Types d'incontinence urinaire :

A. Incontinence urinaire d'effort (50%) :

1) Définition :

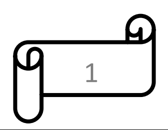
- Perte urinaire à l'effort ou à la poussée abdominale (toux, marche, rire) en position debout → La pression vésicale devient > pression urètre → FUITE.
- Vidange vésicale incomplète lors de la fuite.
- Femmes +++ > Hommes (la longueur de l'urètre masculin & la force du sphincter strié).

2) Mécanismes :

- **Hypermobilité urétrale** ou cervico-cystoptose (chez la **femme seulement**).
- **Insuffisance sphinctérienne** par diminution du tonus sphinctérien (chute de la pression de clôture) → Chez la femme + homme (le seul mécanisme chez lui).

3) Etiologies :

- FEMME :
  - Traumatismes obstétricaux & chirurgicaux.
  - Troubles trophiques liés à la ménopause.
  - Pathologies mécaniques avec effort de poussées abdominales répétées : constipation, toux chronique, obésité, port de charges lourdes.
- HOMME :
  - Fractures du bassin & de l'urètre avec destruction de l'appareil sphinctérien.
  - Prostatectomie radicale.



- Chirurgie de l'HBP
- Radiothérapie pelvienne.

B. Incontinence urinaire par impériosité « URGENTURIE » (20%) :

1) Définition :

- Impossibilité de retenir ses urines lors d'un besoin urgent.
- Associée à une pollakiurie diurne ou nocturne.

2) Mécanismes :

- Instabilité du détrusor (irritation vésicale infectieuse ou neurologique).
- Diminution de la compliance vésicale.

3) Etiologies :

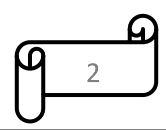
- FEMME :
  - Irritation vésicale
  - Obstacle sous vésical (sténose du méat urétral)
  - Rétraction vésicale (tuberculose, bilharziose, radiothérapie pelvienne, tumeur pelvienne).
  - Vessie hyperactive neurogène centrale : sclérose en plaque, PARKINSON, traumatisme médullaire.
  - Psychogène.
- HOMME :
  - Irritation vésicale
  - Obstacle sous vésical : adénome ou cancer de la prostate, sténose du méat urétral.
  - Rétraction vésicale (tuberculose, bilharziose, radiothérapie pelvienne, tumeur pelvienne).
  - Vessie hyperactive neurogène centrale : sclérose en plaque, PARKINSON, traumatisme médullaire.

C. Incontinence urinaire mixte (30%).

V. Examen Clinique : CAPITAL +++

A. Interrogatoire :

- Ancienneté du trouble
- Circonstances d'apparition
- Type des fuites : spontanées ou à l'effort
- Circonstances déclenchantes
- Importance des fuites (nombre, type de protection /j)
- Evolutivité
- Retentissement psycho-social
- Echelle MHU (Mesure Handicap Urinaire).
- Catalogue mictionnel
- Contilife (Questionnaire d'évaluation de la qualité de vie liée à l'incontinence urinaire de la femme).



Devant une perte permanente d'urine, il faut penser à une fistule vésico-vaginale.

B. Examen clinique :

1) Modalités :

- Vessie remplie à 200-250 ml
- Patiente allongée en position gynécologique.
- En cas de fuites objectivées → examen en position debout.

2) Pour les incontinences d'effort :

- Fuites urinaires lors d'un effort de toux.
- Evaluer la trophicité vulvovaginale.
- Bilan étiologique par testing périnéal (1 à 5) :
- Evaluer le plancher pelvien.
- Manœuvres de soutènement urétral (mimant le TRT chirurgical) :
- ➢ **Manœuvre de Bonney :** Soutien du col vésical à l'effort : + si disparition des fuites → **Mime la colposuspension de BRUCH** (rarement réalisée).
- ➢ **Manœuvre d'Ulmsten (USM ou TVT)** +++ : soutien du 1/3 moyen de l'urètre → **Mime les bandelettes sous urétrales.**

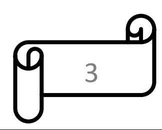
3) Pour les incontinences par impériosité (urgenturie) :

- Bandelettes urinaires : infections
- Touchers pelviens
- Examen neurologique : sensibilité périnéale, réflexe bulbo-caverneux.

VI. Examens complémentaires :

- **Pas d'intérêt diagnostique.**
- **Orienter le diagnostic étiologique.**
- **Orienter les possibilités thérapeutiques**
- **Prévoir le résultat des différents traitements proposés.**

- Examen cytobactériologique des urines
- Echographie abdomino-pelvienne :
- Calcul du **résidu post-mictionnel**
- **Recherche d'une tumeur vésicale ou pelvienne.**
- Autres : UCR, IRM, Cytoscopie
- ***Bilan Urodynamique : (systématique → avant le TRT chirurgical)***
- ➢ **Débimétrie :**
  - Analyser la qualité de la vidange vésicale
  - Le temps de miction
  - Le débit maximum
  - Aspect de la courbe
  - Obstruction : Débit maximal <15 ml/s
- ➢ **Cystomanométrie :** pression vésicale pendant le remplissage :



- La pression detrusorienne de base
- La perception du besoin
- L'activité detrusorienne
- La capacité vésicale
- La compliance vésicale

➢ **Profilométrie urétrale.**

- ***Exploration sphinctérienne :***

- Statique (au repos)
- Dynamique (à l'effort)
- Pression de clôture : **110 – âge +/- 20% (<30 cm d'eau = insuffisance sphinctérienne)** ;
- Qualité du sphincter
- Longueur urétrale

VII. Traitement :

❖ Incontinence urinaire d'effort :

A. Conseils hygiéno-diététiques : Agir contre les facteurs de risques +++

- Obésité, activité sportive, constipation, bronchite chronique, rhinite allergique, réduire les boissons

B. Rééducation : « 1ère intention »

1) But :

- Renforcer le tonus du plancher pelvien et du sphincter strié
- Sollicite les muscles élévateurs de l'anus et les bulbo-spongieux

2) Techniques :

- Electrothérapie
- **Biofeedback**
- Rééducation manuelle
- Auto rééducation

C. Traitement chirurgical : (échec de la rééducation)

➢ *Bandelettes sous urétrales :*

- TVT (Tension-free vaginal tape)
- TOT : in-out / out-in
- Mini bandelettes
- Indication : **hypermobilité urétrale (chez la femme)**.

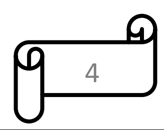
➢ *Sphincter artificiel :*

- Guérison de 90%
- Indication : **insuffisance sphinctérienne majeur** (PCUM < 20 cm d'eau)

❖ Incontinence par impériosité « URGENTURIE » :

A. Traitement étiologique :

- TRT d'une infection urinaire
- TRT d'une HBP



- TRT d'une pathologie neurologique : SEP, PARKINSON.

B. Rééducation vésico-sphinctérienne.

C. <u>Traitement médical :</u>

- **TRT anticholinergique** +++ (inhibition du système parasympathique & donc la contraction du détrusor) → sécheresse buccale, glaucome à angle fermé.

D. <u>Traitement chirurgical : (échec des mesures précédentes)</u>

- Toxines botuliques.
- Neuromodulateurs sacrés.

→ **Instabilité du détrusor**

- Hydro distension vésicale : remplissage par du sérum physiologique sous anesthésie générale.
- Cystectomie sus-trigonale avec entéro-cystoplastie d'agrandissement (CSTEA) : exérèse de la calotte vésicale + confection d'un nouveau réservoir vésical à l'aide de l'intestin grêle prélevé & anastomosé au trigone vésical.

→ **Diminution de la compliance vésicale**

